

FICHA DE CADASTRO DO SCNES**Nome:** _____**CPF:** _____ **CNS:** _____**Nome da Mãe:** _____**Nome do Pai:** _____**Data de Nascimento:** _____ **Naturalidade:** _____**RG:** _____ **Data de emissão:** _____ **Órgão emissor:** _____**Endereço Residencial:** _____**CEP:** _____ **Cidade:** _____**Especialidade Médica:** _____ **CBO:** _____**Carga Horária Ambulatorial (Horas):** _____**Carga Horária Hospitalar (Horas):** _____**CRM:** _____**Vínculo Empregatício?** Sim(☐) Não(☐)**Data de Admissão:** _____**Nome da Instituição:** _____**Carga Horária: Ambulatorial:** _____ **Hospitalar:** _____**Telefone** _____**Assinatura** _____